

Pacto Social de la Sanidad Canaria
Medidas Urgentes para Atención Primaria



Introducción

Según la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, la Atención Primaria de Salud (AP) constituye la base del sistema sanitario público y comprende el conjunto de actividades asistenciales de acceso directo desarrolladas de manera individual, familiar y comunitaria por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Canario de la Salud en la Zona Básica de Salud.

La Atención Primaria se desarrolla en el ámbito de la Zona Básica de Salud, mediante el trabajo en equipo multidisciplinar y con la participación activa de la sociedad.

En los últimos años se ha evidenciado una desconfianza creciente entre profesionales de la salud y Administración, debido a la situación del sistema público nacional, produciéndose una enorme distancia entre el discurso político y la realidad de la asignación de recursos.

Ciertamente, hay que aumentar significativamente el aporte y el gasto en Atención Primaria y esto es un hecho irrefutable, pero también se necesitan en la misma reformas estructurales en profundidad y urgentes. Hay que poner más recursos y, al mismo tiempo, hay que promover reformas para hacer cosas diferentes. Hay que recuperar la confianza y hacer mejoras tangibles de manera inminente.

Sería deseable que cualquier plan o estrategia de mejora de la Atención Primaria partiera de unas condiciones generales necesarias y resolutivas:

- En un marco como el actual, de **sanidad pública, universal y gratuita ¿en el punto de atención?** y añadiríamos de **calidad**, lo que sitúa a todos los integrantes de la organización (directivos, gestores, profesionales...) en situación de débito social: de rendición de cuentas a la sociedad por lo hecho y también por lo no hecho.
- Desde el reconocimiento de la protección de la salud como un derecho humano incuestionable y al mismo tiempo como una responsabilidad de cada persona, afianzando el enfoque de Salud en Todas las Políticas.



Para conseguirlo debemos establecer una meta digna, valiosa, retadora y externa a los tres agentes implicados en la sanidad: **la población, los políticos y los profesionales**, evitándose las tendencias inerciales en cada agente:

1. Paciente: **"El todo por nada"** como inercia natural, "consumista sin obligaciones".
2. Político: **"El más por menos"** en su deseo de máxima renta ¿clientelar?, al menor esfuerzo presupuestario.
3. Profesional: **"El menos por más"** en su deseo de tranquilidad y menos responsabilidad, sin pérdida de estatus o de reconocimiento social y económico.

La propia razón de ser del sistema sanitario público es la meta y el punto de intersección de los intereses de los tres agentes, meta que éstos se obligan a conseguir:

1. Mediante elección de un marco como el actual.
2. De una forma sostenible, equitativa, accesible y eficiente.
3. Mediante el estilo propio del humanismo social de integración equilibrada de las diferentes parcelas vitales de la persona (laboral, profesional, familiar y social, etc.).
4. Procurando la mejor satisfacción del paciente y del profesional.
5. Respetando lo anterior, podemos aseverar que **"la atención a la salud no es un gasto, es una inversión"**.

La Ciudadanía

Estrategia: La ciudadanía en el centro del sistema

Propósito: Visualizar la posición del paciente y dirigir nuestro trabajo en esa dirección

Líneas de actuación

Hablamos del paciente como centro del sistema y el problema es que lo tenemos en el centro, pero lo rodeamos y no dejamos que se mueva. No, el paciente tiene que tomar sus decisiones, intervenir y ser responsable de su salud. **"Un paciente formado e informado, gestionará mejor su salud y su enfermedad."** Debemos desarrollar canales de participación transparentes, dinámicos y efectivos como una nueva forma de entender las relaciones entre la ciudadanía, los profesionales y el propio sistema sanitario.



Creemos que es muy importante la participación de las asociaciones de pacientes por lo que nos aportan y enriquecen.

Es importante conseguir que nuestro SCS ~~tuviere~~ tenga esa visualización del paciente y de la importancia de éste, para que la salud siga siendo un compromiso de las personas y de los poderes públicos.

Líneas Estratégicas

Estrategias de mejora de la calidad de los servicios

Estrategia 1: Potenciar la Atención Primaria.

Propósito: Promover la coordinación de los recursos para garantizar la continuidad y longitudinalidad de la atención sanitaria.

Líneas de actuación:

- Potenciar el papel de la Atención Primaria como coordinadora de los recursos sanitarios y como reguladora de los flujos de pacientes generados en el sistema.
- Desarrollar progresivamente en Atención Primaria las competencias y los recursos precisos para llevar adelante esta función.
- Impulsar que los profesionales de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería actúen como agentes de salud, ejerciendo como guías y coordinadores de los recursos necesarios para responder a las necesidades de salud de la población.

Estrategia 2: Mejora de la accesibilidad.

Propósito: Mejorar el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios.

Líneas de actuación:

- Optimizar la gestión de agendas y la ordenación de los flujos de usuarios, potenciando el uso de «agendas inteligentes», adaptándolas a las necesidades de la población.
- Favorecer la accesibilidad directa del ciudadano/usuario al médico y al profesional de Enfermería a través de las tecnologías, como el teléfono y el correo electrónico para los procesos de consulta, estableciendo, cuando sea preciso, franjas horarias para ello.



- Impulsar estrategias para disminuir la frecuentación innecesaria y la corresponsabilidad de los ciudadanos en la utilización de los servicios.

Estrategia 3: *Adequar la dotación de recursos humanos y la gestión de la organización de las consultas, para una adecuada atención, garantizando la no existencia de listas de espera en Atención Primaria.*

Propósito: Asegurar un tiempo suficiente de consulta para la atención de los pacientes.

Líneas de Actuación

- Adequar los recursos de personal sanitario y no sanitario, adaptándolos al perfil de actividad de los profesionales y basándose en criterios demográficos, de frecuentación, sociales (nivel socioeconómico, inmigración), dispersión geográfica e insularidad.
- Gestionar la organización de las consultas y el tamaño de los cupos de forma que permita a los profesionales disponer del tiempo necesario (10 minutos) para cada paciente, todo ello sin que se produzca un impacto negativo sobre las demoras en la atención.
- Mejorar la eficiencia organizativa de los equipos mediante estrategias de redistribución de las cargas de trabajo.

Estrategia 4: *Impulsar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y en la Atención Primaria.*

Propósito: *Potenciar el papel de los usuarios en el sistema sanitario.*

Líneas de actuación

- Promover el control social sobre el desarrollo de los planes de salud, a través de la información periódica y transparente a los ciudadanos sobre necesidades en salud, recursos disponibles, oferta de servicios y resultados obtenidos.
- Formalizar en las áreas de salud o en el nivel territorial que se determine, órganos consultivos de participación social que incluyan asociaciones y organizaciones



representativas de los usuarios, así como de las administraciones locales, que debatan y propongan mejoras en relación a la planificación, la organización y la provisión de los servicios.

- Impulsar un modelo de liderazgo de la organización que contribuya a generar una actitud positiva de los profesionales a la participación de los ciudadanos.
- Implantación de los Consejos de Salud.

Estrategia 5: *Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria.*

Propósito: Promover los autocuidados de calidad.

Líneas de actuación

- Promover las actividades de educación para la salud dirigidas a fomentar los autocuidados y los cambios en los estilos de vida evitando la medicalización innecesaria.
- Facilitar a los ciudadanos información independiente acerca de los beneficios y riesgos del uso de medicamentos y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Educar a la población sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios.
- Considerar en los programas de formación dirigidos a profesionales y gestores el objetivo de reducir la tendencia hacia la medicalización de la práctica sanitaria.

Estrategia 6: *Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades en salud de la población.*

Propósito: Adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población.

Líneas de actuación

- Identificar de forma periódica las necesidades reales de los ciudadanos, para adecuar la prestación de servicios a los cambios demográficos, epidemiológicos, culturales y tecnológicos.
- Actualizar periódicamente la cartera, incorporando aquellos servicios cuya efectividad y eficiencia estén demostrados.



- Armonizar los objetivos de la cartera de servicios de Atención Primaria y Hospitalaria con los de Salud Pública y con los de Atención Social.
- Favorecer la pronta incorporación de las nuevas tecnologías cuya seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia estén demostradas en Atención Primaria.

Estrategia 7: *Potenciar las actividades de Promoción de la Salud y prevención de la Enfermedad.*

Propósito: Mejorar los servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad ofrecidos desde Atención Primaria.

Líneas de actuación

- Estimular la incorporación en la oferta de servicios de actividades preventivas y de promoción de la salud, según criterios de evidencia científica y efectividad, tanto individual como grupal.
- Integrar los indicadores de actividades preventivas realizadas en Atención Primaria en los indicadores de salud de las Comunidades Autónomas y del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- Promover la implicación de los equipos de Atención Primaria en las actividades de prevención y promoción de la salud, asegurando que los profesionales dispongan del tiempo adecuado para su realización, tanto en consulta como en la comunidad.
- Promover la actualización sistemática de los profesionales en promoción y educación para la salud, así como en aspectos epidemiológicos.
- Implicar a los medios de comunicación en la difusión de las medidas de prevención y promoción de la salud, basadas en la evidencia.

Estrategia 8: *Potenciar la calidad de la atención en los equipos de Atención Primaria rurales y en zonas aisladas.*

Propósito: Mejorar la calidad de la atención en las islas no capitalinas, en el medio rural y en zonas aisladas.

Líneas de actuación

- Dotar de equipamiento y sistemas de información a los consultorios y puntos de urgencias rurales, para garantizar la capacidad resolutoria, la interconsulta con Atención Hospitalaria y un modelo efectivo de transporte sanitario.



- Mejorar la dotación tecnológica de los servicios de atención al usuario en el medio rural e islas no capitalinas, para favorecer la intercomunicación y las funciones de gestoría.
- Discriminar positivamente las actividades de investigación y formación de profesionales que ejercen en condiciones de aislamiento y dispersión.
- Promover la incentivación profesional para favorecer la permanencia y la estabilidad laboral, y mejorar la oferta de servicios en el medio rural e y en islas no capitalinas.

Recursos Asistenciales: Humanos y Físicos

Profesionales Médicos y de Enfermería

1. Datos Nacionales

- **La red asistencial del Sistema Nacional de Salud** cuenta con un total de 116.711 médicos y 169.601 enfermeras, siendo éste el colectivo más numeroso, con una razón enfermera/médico de 1,5.
- **La Atención Primaria** cuenta con 34.888 médicos y 29.441 enfermeras.
- **La Atención Hospitalaria** emplea a un mayor número de profesionales: 78.285 médicos y 136.699 enfermeras.
- En los **Servicios de Urgencias y Emergencias 112/061** trabajan 3.538 médicos y 3.093 enfermeras.
- La densidad de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene en cifras de 0,8 médicos en Atención Primaria y de 1,7 médicos en Atención Hospitalaria.
- La enfermería se sitúa, por cada 1.000 habitantes, en 0,6 profesionales en Atención Primaria y en 2,9 en Atención Hospitalaria.

2. Datos de la Comunidad Canaria

- **El número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) en la Comunidad Canaria, en diciembre de 2015, era de 1.957.769, produciéndose un ligero incremento respecto al año anterior (0,73%).**



- En Atención Primaria, el 73,20% de la plantilla la integra el personal sanitario (Médicos de Familia, Pediatras, ATS/DUE, Matronas, Fisioterapeutas, etc.) y el 26,80% personal no sanitario, que realiza funciones administrativas o de gestión.
- La distribución de la plantilla orgánica por ámbitos asistenciales es la siguiente: Atención Primaria concentra el 22,30% de la plantilla y Atención Hospitalaria, el 77,70%.

PLANTILLA ORGÁNICA DEL SCS POR ÁMBITOS ASISTENCIALES		
CATEGORÍAS PROFESIONALES	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN HOSPITALARIA
Puestos directivos y de gestión	70	385
Personal Facultativo: Médicos	1.811	3.039
Personal sanitario no facultativo	1.930	9.480
ATS/DUE	1.529	4.515
MATRONAS	78	155
FISIOTERAPEUTAS	41	164
TÉCNICOS ESPECIALISTAS	43	742
AUXILIARES ENFERMERÍA	239	3.904
PERSONAL NO SANITARIO	1.258	4.843
FUNCIONES ADMINISTRAT.	862	1.967
OTRO PERSONAL	396	2.876
OTRO PERSONAL	42	66
TOTAL	5.111	17.813

Política de Recursos Humanos

I. Recuperación de Derechos

De todos es sabido que el Sistema Público de Salud está amenazado en su sostenibilidad por problemas estructurales, y no sólo financieros, que requieren cambios profundos en los modelos de organización y gestión, por lo que el foco debe ponerse, sobre todo, en los recursos humanos.



También sabemos (sobra la coma) que todo proceso de cambio en las estructuras y sistemas de personal es gestión renovada de profesionales, es decir, de conocimientos, culturas, liderazgo e incentivos. Una visión estrecha que únicamente ponga en foco los incentivos externos (retributivos o de otro tipo) está condenada al fracaso, ya que el papel de los incentivos internos es crucial a la hora de explicar las conductas profesionales.

Se ha de conseguir la recuperación de la jornada de 35 horas, al igual que todos los derechos suspendidos.

II. Contratos Retribuciones

Se han de garantizar condiciones de trabajo dignas para el personal de Atención Primaria en jornadas, ritmo y retribuciones, acordes con la dificultad, con la responsabilidad del trabajo realizado y con la penosidad de los horarios, logrando la erradicación inmediata de los contratos precarios.

Existen numerosas evidencias que permiten hablar de un notable deterioro de la satisfacción laboral y de la motivación de los profesionales sanitarios.

Son necesarias mejoras retributivas, ya que las retribuciones de los sanitarios españoles se sitúan claramente por debajo de la media europea. Y dentro de las Autonomías españolas, Canarias es una de las que cuenta con menores retribuciones.

Las retribuciones del personal están más ligadas a la renta de la Comunidad Autónoma, que a cualquier otro parámetro. Encontramos que Andalucía, Galicia y Canarias (transferencias sanitarias en 1984, 1991 y 1994, respectivamente) parecen situarse entre las CCAA con menores retribuciones, mientras que Baleares y Madrid (transferencias en 2002) parecen estar entre las más altas.

III. Cobertura De Plazas Vacantes, Estabilización y Concursos

Se hace necesaria la estabilidad en el puesto de trabajo, para el buen funcionamiento de los equipos.

Existe la necesidad imperiosa de una OPE anual o bienal y de la regularización de los contratos de más de 3 años, que deben pasar a ser personal interino, tal y como lo dispone Bruselas en toda la Eurozona.



IV. Sustituciones

Las ausencias de compañeros no previstas y/o los criterios de sustituciones pueden ocasionar el tener que efectuar la atención de pacientes de otros cupos. Las sustituciones deben garantizar la calidad asistencial de los pacientes del médico ausente y de los pacientes de los médicos que permanecen en servicio, por lo que, como norma general, la sustitución tiene que realizarse al 100%.

En el caso de que fuera imposible encontrar un sustituto, debe procederse a ofertar la cobertura del turno de trabajo a profesionales de un turno diferente y sólo en último caso que recaiga sobre los del mismo turno. En todos los casos el profesional que se hace cargo debe percibir la remuneración íntegra que corresponde al trabajo cubierto.

V. Profesionalismo Y Carrera Profesional del Personal Estatutario

Existe una patente erosión en el profesionalismo, entendido como un «contrato social» entre sociedad y profesionales, fuertemente amenazado por intereses externos y por una creciente fragmentación, descohesión y carencia de liderazgo internos.

El reconocimiento de encuadramiento de la carrera profesional se suspendió en el año 2011 por medio de la Ley 11/2010, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para ese ejercicio. Esta suspensión se ha mantenido en las sucesivas Leyes de Presupuestos, siendo ya el momento de anular esa suspensión e incorporar a la misma al personal interino que no lo esté.

VI. Ampliación de Jubilación. Jubilación a Tiempo Parcial

La figura de la jubilación parcial puede ser una buena opción para trabajadores y empresa. Se puede solicitar cuando ambas partes acuerden una reducción de la jornada y de salario del trabajador, de tal forma que perciba la prestación de jubilación parcial en la misma proporción que la jornada que se reduce.



Incentivos No Económicos

La ética de los incentivos profesionales es frecuente tema de debate y polémica. Cuando éste tiene lugar, aparecen pronto dos posturas extremas. Una, la rigorista, tiende a demonizar cualquier tipo de incentivo, considerándolo intrínsecamente perverso. En el extremo opuesto están quienes no se hacen cuestión ética de los incentivos y consideran que cuantos más, mejor. El debate suele orientarse a la búsqueda de una postura intermedia. Se pretende encontrar una ruta que permita la navegación entre el rigorismo y el laxismo, es decir recurramos a la denominada "ética de la responsabilidad", donde convergen tres ítems, *El estado de bienestar, las normas profesionales clínicas y la relación con los proveedores del Sistema.*

El modo como se halla configurado nuestro **Estado de bienestar**, parece necesitado de reorientación en puntos importantes a fin de que sus prestaciones se perciban como justas y por tanto incentivantes.

Las normas profesionales clínicas, hacen del médico no sólo un curador o cuidador sino también un importante gestor de recursos, y pueden incentivarle tanto positiva como negativamente.

Las relaciones del Sistema Sanitario con sus proveedores externos, plantea los problemas de articulación de un sistema de atención médica preponderantemente público y orientado a la promoción del bien común con unas empresas proveedoras que son privadas y que por tanto tienen un legítimo ánimo de lucro.

Cupos de Pacientes

Para que el médico de Atención Primaria sea resolutivo tiene que tener un tamaño del cupo de pacientes adecuados para poder realizar todas las actividades necesarias y para no perder competencias.

Es bien sabido que un 20% de la población genera el 80% de la demanda, por lo que, si esta población está mal repartida (lo que suele generarse con los cambios de médico), el trabajo será muy desigual aunque el número de pacientes asignado sea muy similar.



Una información importante para planificar el número de médicos en una Zona Básica de Salud y repartir de forma equitativa las cargas laborales es distribuir el número de pacientes en función de las zonas geográficas y de la tipología de los pacientes. Esto se podría conseguir con un buen sistema de información.

Existen varios modelos que intentan la asignación racional de los usuarios a los cupos médicos. Métodos basados en técnicas de regresión cúbica, Modelos basados en la estimación del volumen total de consultas, Utilización de indicadores sintéticos ponderados y no ponderados, cualquiera puede ser válido.

Lo que se viene hablando en los últimos tiempos sobre el cupo ideal oscila en torno a los 1300 pacientes por cupo, teniendo en cuenta que cada vez aumenta más la expectativa de vida y las enfermedades que antes eran mortales, ahora se cronifican.

Reevaluación de Roles Profesionales

La comprensión de los roles desempeñados por los profesionales, así como las influencias, las expectativas y los límites del comportamiento social derivados de tales roles son importantes para informar no sólo sobre las políticas de enseñanza y las prácticas profesionales, sino también sobre las políticas de salud.

Al analizar los roles desempeñados, se tiene la oportunidad de considerar las diversas formas de patrones para comportamientos complejos de la vida real que incluyen las posiciones sociales y las divisiones del trabajo.

Esa base de conocimiento es un recurso que puede ser usado para perfeccionar la gestión, la oferta y la efectividad de los servicios profesionales de salud. El valor práctico de contar con un mayor conocimiento sobre los distintos roles desempeñados por los profesionales en lo cotidiano no puede ser subestimado, pues el ser humano, como sujeto, tiene la capacidad permanente de construir y reconstruir sus experiencias sociales, por medio del aprendizaje.

Los roles de la Enfermería están siendo redefinidos, sobre todo porque el trabajo del enfermero se amplió en los últimos 40 años y la práctica profesional se ha tornado más diversificada. Muchos teóricos de enfermería e investigadores se han esforzado para definir la esencia de este trabajo.



El análisis del rol mediante constructos teóricos podrá ayudar a fijar expectativas para su ejecución. Y en la definición de roles, pueden ser sumados modificadores a fin de garantizar la descripción o la naturaleza de las fuerzas que inhiben o promueven su actuación. Por lo tanto, su definición clara es una parte importante del proceso de representación del mismo rol, por ser determinante en la calidad del desempeño.

No Listas de Espera en Atención Primaria

El incremento de la actividad asistencial está condicionada en parte por los diferentes factores que configuran la realidad sanitaria actual: envejecimiento poblacional, modificación de las necesidades de salud de la población, incremento progresivo de la oferta de servicios sanitarios, mejora de la accesibilidad, incremento de las demandas asistenciales de tipo socio-sanitarias.

Por ello se hace imprescindible establecer nuevos criterios sobre el cupo medio de pacientes asignados a los facultativos, garantizando unos niveles máximo y mínimo de asignación poblacional, en función de las variables descritas, de tal forma que no se genere lista de espera de más de 1 día. La media nacional está en 0.76% día.

Simplificación Burocrática

El hecho de que el Sistema Sanitario español sea preponderantemente público hace que en él predominen las formas organizativas burocráticas, poco eficientes. Ante la necesidad de mejorarlas, deben ensayarse organizaciones alternativas. Éstas pasan por:

- La descentralización.
- La mayor autonomía de los centros sanitarios respecto de los poderes políticos.
- La mejor distribución de funciones entre los miembros de los equipos sanitarios.
- La introducción de competencia dentro del propio sistema público, por más que sea casi un monopolio, a través de la evaluación y comparación de servicios.
- Mejorar la gestión de los procesos de la incapacidad temporal, mediante la simplificación de los trámites administrativos y la mejora en la calidad de la prescripción de la IT.
- Garantizar que cada nivel asistencial gestione los procedimientos administrativos generados por su actividad (incapacidad laboral, revisiones programadas, transporte sanitario, pruebas, etc.).



Los centros que cuentan con instrumentos de gestión menos burocratizados, más flexibles y competitivos, muestran una mayor eficiencia en los indicadores más consolidados en el sector (costes ajustados).

Resolutividad.

**Catálogo de Pruebas Diagnósticas
Accesibles desde Atención Primaria (Cpdap)**

Establecer un catálogo de pruebas diagnósticas y de equipamiento básico, garantizando el acceso desde cualquier punto del primer nivel asistencial, que permita incorporar de manera progresiva el acceso a las nuevas tecnologías diagnósticas cuya aplicación resulte eficiente en Atención Primaria, así como una adecuación clínica en la solicitud de pruebas complementarias, ajustándose a los Protocolos vigentes y al Catálogo de Pruebas.



Compromiso (Pacto) Social Por La Sanidad En Canarias 2017-2018

El Sistema de Información

El sistema de información ha de alcanzar la suficiente potencialidad como para permitir una mayor autonomía de gestión de los centros de salud, facilitando la adopción de medidas correctoras para el cumplimiento de los objetivos, tanto de cartera de servicios como de derivaciones, realización de pruebas complementarias, etc., así como para una adecuada valoración del grado de consecución del Programa de Gestión Convenida.

Alcanzar lo antes posible un modelo único de Historia Clínica Electrónica del Servicio Canario de la Salud es para la Atención Primaria una necesidad cada vez más apremiante.

Actualización legislativa y su cumplimiento

Transcurridos más de veinte años desde la promulgación de algunas de las principales normas legislativas sobre la Sanidad de Canarias, algunas de ellas precisan una profunda renovación o, incluso, una nueva redacción. Tal es el caso de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Los cambios demográficos, especialmente el envejecimiento de la población, el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, los cambios tecnológicos y el cambio en las expectativas ciudadanas, con pacientes más exigentes, más demandantes y más frecuentadores del Sistema Sanitario, son algunos de los principales factores que hacen precisa esa revisión. También la Orden de 6 de junio de 1990, por la que se delimitan Zonas de Salud, que estableció todo lo relativo a la delimitación de Zonas de Salud y a la ubicación de Centros de Salud y Consultorios Locales en la Comunidad Autónoma de Canarias. Dicha Orden tan sólo ha sido variada desde entonces, de manera significativa, por la Orden de 31 de marzo de 1993, por la que se modifican sus anexos I y II. La realidad de los crecimientos y las variaciones poblacionales producidos en Canarias desde su publicación, aconsejan su actualización.



Por otra parte, resulta imprescindible que los nombramientos de los Directores de Zonas Básicas de Salud, por fin (no ha sido así hasta ahora), se ajusten a lo establecido en el artículo 78 de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, al artículo 23.2 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud y a los artículos 6 y 7 del Decreto 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Financiación

La financiación es clave para asegurar una atención sanitaria digna y de calidad (“Si me quieres, refléjalo en el presupuesto), pues lo que no figura en los presupuestos no está disponible para la acción. Sin una financiación adecuada, suficiente y equitativa de la AP, no se podrá hacer frente a sus grandes retos con eficiencia y calidad. Se necesita garantizar, tras compensar el desequilibrio que ha sufrido durante muchos años, la suficiencia y la estabilidad presupuestaria para mejorar la Atención Primaria, teniendo en cuenta que, sin Atención Primaria, no existe progresión en salud y sin salud no avanzamos en bienestar y desarrollo.

Desde los años 90 la Atención Primaria viene perdiendo paulatinamente en Canarias participación en el presupuesto sanitario público. Por ello, resulta imprescindible equiparar su financiación a la media nacional en un periodo temporal corto, garantizándole un mayor peso progresivo en los siguientes años (existe una propuesta nacional de avance del 0,3% anual su participación, hasta llegar en una primera etapa hasta el 17,3% del presupuesto sanitario público del año 2025), hasta alcanzar su nivel de suficiencia presupuestaria.



Sostenibilidad

El problema se ha visto notablemente agravado. Por esa razón, se pone de manifiesto la necesidad de definir para Canarias un Plan de Sostenibilidad de la Sanidad (con la participación imprescindible de la Atención Primaria de Salud y de todos los actores implicados), que ofrezca estabilidad para poder acometer las transformaciones estructurales que en la actualidad precisa el sector. La sostenibilidad de los Sistemas Sanitarios está en riesgo desde hace mucho tiempo.

AP: Cercanía, accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, equidad

La falta de apoyos políticos, una financiación insuficiente, la dificultad de acceso a determinados medios diagnósticos, el escaso nivel de participación de los profesionales en la toma de decisiones sobre la gestión de los Centros de Salud, un cierto desprestigio de la Especialidad, en el que intervienen factores como su escasa presencia en la Universidad y el empeoramiento de las condiciones laborales y retributivas, son algunos de los puntos clave que han conducido a la AP a la actual situación de crisis como modelo y al desánimo de sus profesionales, entre los que existe un alto nivel de Burnout.

Una AP atractiva y prestigiada

Mejorar las condiciones laborales y retributivas de la AP son fundamentales si queremos reponer un equilibrio justo dentro del sector sanitario, mejorar el atractivo y fidelizar a las jóvenes generaciones al trabajo en Atención Primaria, sin olvidar que una más favorable gestión de los recursos humanos puede promover la accesibilidad, la continuidad, la longitudinalidad y la resolutividad, que son elementos distintivos y esenciales de la Atención Primaria.



La Atención Primaria de Salud es:

- Trabajo en Equipo
- Accesibilidad
- Cercanía
- Continuidad. En consulta, en el domicilio y en la comunidad (atención al paciente “como un todo”)
- Longitudinalidad
- Equidad
- La base del Sistema Sanitario
- La puerta de entrada, el pilar fundamental y el eje del Sistema
- Resolutividad
- El nivel más eficiente
- Imprescindible para la Sostenibilidad del Sistema
- Donde se da la relación más estrecha profesional-paciente
- Multipotencialidad: Ecografía, Cirugía Menor, Citología, Espirometría, Retinografía, infiltraciones...
- Prevención de la Enfermedad, Promoción de la Salud, Educación para la Salud

Potenciar una Atención Primaria basada en el uso adecuado de los recursos preventivos, diagnósticos (con acceso al catálogo completo de pruebas complementarias) y terapéuticos, fomentando el autocuidado y la promoción de la salud, es la mejor garantía para conseguir una mayor eficiencia del sistema.

La AP tiene que asumir el papel central del sistema asistencial dentro del marco de la estrategia de la cronicidad.

Infraestructuras

Abordando las obras pendientes y tras llevar a cabo la actualización de la Orden por la que se delimitan Zonas de Salud, es imprescindible completar y adecuar las infraestructuras destinadas a la Atención Primaria de Salud. De igual modo, se precisa completar y actualizar sus dotaciones (hardware, desfibriladores, ecógrafos, electrocardiógrafos digitales, espirómetros, retinógrafos...).

Profesionalización de la gestión sanitaria



Es preciso promover en todos los niveles directivos de la AP la captación, la formación y la continuidad de profesionales capacitados en gestión de servicios sanitarios.

Tipo de Dirección

En AP es imprescindible potenciar, a todos los niveles, un estilo de dirección y gestión cercano, accesible, receptivo, participativo, dialogante y eficaz.

Autonomía de gestión

Aun conociendo las dificultades organizativas y legales que ello entraña, se hace necesario, para mejorar su eficacia y su eficiencia, dotar a los Centros de Atención Primaria de un progresivo grado de autonomía de organización y gestión, estableciendo unos requisitos normativos que permitan alcanzar un modelo basado en la calidad de la atención.

Variabilidad en la organización y gestión. Agravios comparativos

El modo diferente de dar respuesta a similares situaciones, por parte de las Gerencias de Atención Primaria y de las Gerencias de Servicios Sanitarios, crea con frecuencia agravios comparativos, difícilmente justificables al tratarse en todos los casos de miembros de la misma empresa. Resulta necesario, por tanto, establecer más eficaces mecanismos de coordinación entre todas las partes del sistema de gestión.

Participación los profesionales

Los profesionales de la salud son los principales generadores de “gasto” del sistema sanitario. Por tanto, sin su corresponsabilidad y su compromiso no existe ninguna posibilidad de garantizar la sostenibilidad del mismo a largo plazo.

Para lograr un aumento sustancial de la corresponsabilidad y del compromiso de los profesionales con el sistema, se hace preciso poner en marcha medidas globales que afronten la insatisfacción profesional y la desmotivación de los mismos. Algunas de esas medidas han de ir encaminadas a mejorar sus condiciones laborales y retributivas, a disminuir a lo imprescindible la burocracia, a revisar algunos roles profesionales, a facilitar su formación, a mejorar su resolutiveidad, a evitar en lo posible los “ladrones de tiempo” (fallos informáticos, dificultades de acceso a la información de Atención Hospitalaria, pacientes sin cita...), a favorecer su desarrollo profesional (investigación, ecografía, cirugía



menor, etc.) y a permitir su participación en la toma de las decisiones que determinan el funcionamiento de los servicios, implantando, entre todos, una cultura cooperativa y de respeto mutuo.

Variabilidad de la práctica clínica

Es preciso actuar sobre la misma mediante la formación y la protocolización, avanzando en el desarrollo e implementación de mejores sistemas de evaluación, desde una perspectiva global y con el foco en la mejora de resultados en salud.

Resulta también necesaria la eliminación de prestaciones (“no hacer”) que no aporten valor al sistema (lo superfluo o ineficaz).

Participación de las Corporaciones Locales

Las Corporaciones Locales son esenciales en la Promoción de la Salud y en la Prevención de la Enfermedad y son necesarias para la Educación para la Salud. Han de convertirse en agentes activos en esos ámbitos. Su participación en la Red de Ciudades Saludables permitiría dar un impulso a las iniciativas en estas materias.

Participación de la ciudadanía

La ciudadanía es la verdadera dueña de su salud y la principal generadora de demanda asistencial.

La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el autocuidado (su empoderamiento) y la adquisición y el mantenimiento de estilos saludables de vida, han de estar en la base de la participación de la ciudadanía. La comunidad educativa también tiene en este ámbito un importante papel.

Debemos hacer partícipe al paciente en el mantenimiento de cuidados de sus procesos crónicos, frente a los cuales debe ser lo más autónomo posible. No debe ser un participante inactivo en la atención, sino un “productor de salud”, lo que va repercutir en la mejora de su estado y en la salud familiar. Por ello se precisa incorporar al paciente en su



proceso de atención, potenciando el autocuidado mediante el conocimiento y el adiestramiento en el manejo de su patología.

También resulta imprescindible la participación ciudadana en el correcto y racional uso de los recursos sanitarios puestos a su disposición.

La intervención comunitaria debe ser otro pilar en el que se base la atención a pacientes crónicos. Debemos implicar a la población y a las asociaciones de pacientes y de usuarios en el proceso de asesoramiento en el autocuidado.

En este sentido, sería preciso revisar, actualizar y potenciar el protagonismo de los Consejos de Salud.

Tiempo para:

- **Atención a domicilio**

Plantear la posibilidad de que hayan profesionales de medicina y enfermería para la realización de domicilios concertados, o bien ampliar el número de enfermeros de enlace que tengan cualificación para elaborar planes de seguimiento de cada paciente domiciliario; coordinados con el hospital y los servicios sociosanitarios de forma ágil, para conseguir mantener una mejor continuidad asistencial.

Establecer un horario semanal o mensual dedicado a la asistencia domiciliaria sin perjuicio de los pacientes atendidos en el centro de salud.

- **Formación continuada y competencia profesional:**

Establecer un plan formativo acorde a las necesidades de los profesionales (mediante encuestas de interés, encuestas de satisfacción de ediciones previas de cursos, temas de actualidad,...)

Realización de la formación en jornada laboral sin tener que trabajar el mismo día.

- **Prevención de la enfermedad: promoción de la salud, educación para la salud**



Utilizar y/o actualizar los temas de Aulas de Salud y Círculos de la Salud, promoviendo este tipo de actividades que puedan ser realizadas por el personal más formado y más motivado, durante el horario laboral.

Promocionar las actividades a realizar mediante las redes sociales, pudiendo incluso tener un perfil en facebook cada centro de salud, donde los usuarios tengan la posibilidad de presentar sus recomendaciones y propuestas.

Crear grupos de formación en temas sanitarios, como dejar de fumar, prevención de violencia de género, etc, impartiendo las charlas y talleres a los ciudadanos en paro.

Utilizar los medios de comunicación como la radio o la tv en la educación para la salud en los canales públicos de forma prioritaria.

- **Docencia. Reconocimiento de tutores**

Reconocer la labor de los docentes reduciendo los cupos de los mismos, así como ampliando los días para formación y favoreciendo la asistencia a congresos y cursos acreditados.

Potenciar el reciclaje de los tutores.

- **Organización. Reflexión (no hacer/ dejar de hacer). Ladrones de tiempo**

Crear unidades administrativas que sean dinámicas y más implicadas en la consulta y la asistencia, con formación específica que permita la colaboración en las actividades burocráticas que realiza el médico, pudiendo imprimir y entregar partes de confirmación siempre supervisados por los médicos, imprimir volantes de ambulancia, imprimir planes de tratamiento previamente revisados por los médicos, preguntas clave en la asistencia urgente para ayudar al triaje de pacientes graves, capaces de coordinar citas según las necesidades de los pacientes,...

Equiparar la asistencia a los pacientes fuera de hora en todos los centros de salud, con equipos de Incidencias que atiendan a estos pacientes, y que permita a los médicos realizar una consulta sin imprevistos ni sobresaltos.



- **Investigación**

Establecer un listado de temas y personas que están realizando proyectos de investigación en AP y hospitalaria de tal forma que cualquier profesional interesado pueda integrarse en el grupo de investigación de su interés.

Potenciar grupos de investigación en AP utilizando como incentivos la asistencia a congresos, participación en revistas, el reconocimiento y la valoración con distinciones en distintos medios .

Corporaciones locales: Cabildos y Ayuntamientos. Ciudades Saludables

Implicar a los consejeros y concejales de salud para que colaboren en las actividades propuestas para educar a la población mediante charlas programadas y encuestas de interés de la población en temas sanitarios, utilizando las redes sociales tanto en la promoción como en la transmisión en directo de las actividades realizadas.

Papel de los ámbitos socio-sanitario y educativo

Conseguir el contacto con los centros socio-sanitarios y su colaboración en los casos que se necesite su apoyo con más coordinación y colaboración sin tanta demora cuando se necesitan.

"La Ciudadanía": Correcto uso de los servicios

Elaborar planes de colaboración de la ciudadanía con los servicios sanitarios para la promoción de la salud y el uso adecuado de los servicios, promocionando en las redes sociales y otros medios de comunicación.



Funcionamientos de

- **SALUD MENTAL**

Acercar los profesionales de psicología a la AP, creando un perfil profesional que apoye a los médicos en su labor de atención a los trastornos psicológicos adaptativos que son la mayoría de los procesos que se asisten en el primer nivel, de tal forma que asesoren y supervisen las actuaciones de los médicos en estos casos; y también realicen tareas de actividades grupales para disminuir la asistencia de los pacientes con estas patologías a las consultas.

- **CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR**

Formar profesionales de medicina y enfermería en este tipo de cuidados para aquellos casos que no puedan ser controlados por las unidades hospitalarias.

- **ANCIANO FRÁGIL**

Crear conexiones con el medio hospitalario para coordinar tratamientos y asistencia a personas mayores pluripatológicos que precisan una atención más integral y coordinada.

- **PROGRAMA DE VIOLENCIA DE GENERO**



Tecnología en Atención Primaria

Las tecnologías de la información y comunicación favorecerán la interacción entre el médico y sus pacientes.

El profesional debe tener una formación adecuada para elegir la que más se adapte a sus conocimientos, interés personal y profesional y mejore la atención a sus pacientes.

Tecnología General

La Comunicación mediante dispositivos móviles de mensajería (wasap, telegram o similares, permiten la comunicación instantánea y aportan seguridad al paciente).

El correo electrónico, la consulta telefónica o la videoconferencia pueden, en algunos casos, ahorrar el desplazamiento del médico al domicilio del paciente o el del paciente a la consulta del médico, siendo necesario reservar un horario dentro de la jornada laboral para atender estas consultas.

Elaboración de blogs y webs oficiales por los centros de salud facilitarían información a pacientes y profesionales.

Los App de salud (interacciones de medicamentos, hábitos saludables, como el ejercicio físico, alimentación, sueño, etc. deben ser conocidos por su médico para hacer un buen uso de ellas y no interfieran ni contradigan sus recomendaciones.

El uso de tabletas se debe incorporar al ejercicio habitual del médico.

Tecnología Específica

- Desarrollo de la Telemedicina
- Teleconsulta o videoconferencia
- HCE única para AP-Hospital
- TSI con chip incorporado.

Se necesitará una regulación legal por parte de las autoridades sanitarias y una adaptación del código de deontología médica.



Gestión Clínica

Los actuales marcos normativos deben tender hacia una potenciación de la microgestión con capacidad auto-organizativa real, con un fortalecimiento práctico y adaptado al medio de la Atención Primaria basado en la flexibilidad y la legitimidad de este nivel asistencial, con total independencia de la duración de las legislaturas políticas o la caducidad de las actuaciones por dependencia de la persona que dirija un Ministerio, Consejería u otra estructura jerárquica. Todo ello se debe asociar a una periodicidad en la rendición de cuentas con un modelo de valoración previamente consensuado dentro del equipo asistencial.

La Gestión por Procesos

La gestión por procesos se basa en un sistema de base poblacional. Para determinar los procesos debemos de conocer la población a la que nos dirigimos. Identificarla desde el punto de vista demográfico, el consumo de recursos individuales, la prevalencia de los problemas de salud y los recursos de que disponemos.

La gestión transversal de casos mejora la atención a pacientes crónicos, determinando en cada momento y para cada paciente el tipo de cuidado y nivel (Hospital, Atención Primaria) más adecuado.

Sobre la base de la estandarización y coordinación de procesos, se puede y debe construir una relación directa entre profesionales, con una cultura cooperativa y de respeto mutuo y con canales de comunicación que permita afrontar la complejidad y construir una auténtica atención centrada en los pacientes y personalizada.

Para mejorar la continuidad asistencial y la comunicación entre niveles podemos servirnos de cualquiera de los instrumentos precisos, por ejemplo, la gestión por procesos. Consensuándolos entre niveles y aplicándolos a un entorno determinado, sobre patologías prevalentes en el mismo y basados siempre en la mejor evidencia disponible. Con ello conseguimos mejorar al mismo tiempo que la comunicación, la calidad de la asistencia y la eficiencia, disminuyendo notablemente la variabilidad.



Especialistas Consultores

La continuidad asistencial se puede definir como “la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos”. Esta continuidad debe ser percibida por el paciente.

El sistema sanitario público debe de hacer frente a una demanda creciente optimizando unos recursos limitados, y para ello se propone como imperativo el desarrollo de la gestión por procesos asistenciales.

La potenciación de las Consultorías constituye una de las herramientas más eficaces para tal fin.

Aporta ventajas, tales como el dotarnos de una visión global del paciente, el crear una conciencia de co-responsabilidad, el facilitar la motivación entre los profesionales y producir mejoras, como compartir HCE, protocolos, etc.

Triage De Enfermería

La demanda de asistencia sanitaria urgente está alcanzando cifras de saturación del sistema, tanto a nivel hospitalario como en AP. Se llega a un uso inadecuado de estos servicios y motivando una falta de continuidad asistencial, la falta de recepción de prácticas preventivas, un aumento de los costes asistenciales, medicalización y dificultad en la atención a enfermedades realmente graves.

Un mejor conocimiento de la opinión y actitud de los usuarios puede delimitar la intervención a seguir.

La instauración de un sistema de triaje en los Centros de Salud, realizado por el personal de Enfermería, es muy factible, siendo fundamental delimitar tareas y protocolizar las actividades.

El triaje representa la evaluación rápida de los pacientes y su ubicación en la lista de espera para la atención médica.

La aplicación de la priorización es responsabilidad del Equipo de Enfermería correspondiente al Centro de Salud.



Abordaje Pacientes Sin Cita En Ap

En AP no hay listas de espera, pero existen las demoras. Se entiende que no hay demora en AP cuando se puede conseguir cita para el mismo día o para el día hábil siguiente. Demoras de más de dos días hábiles son ya preocupantes en el primer nivel asistencial.

Principales motivos:

- Parte de baja laboral
- Medicación tras alta hospitalaria
- Visado y renovación REC
- Petición transporte sanitario no urgente.
- Listas de espera en AP
- Fallos en la organización Insuficiente resolutiveidad de Urgencias/AC extra hospitalaria
- Deficiente funcionamiento de AH. Listas de espera
- Bajo desarrollo del ámbito socio sanitario
- Medicalización de los malestares
- Insuficiente consciencia de la población

Posibles soluciones:

- Ampliación agenda de trabajo, con reservas para asumir retrasos y demoras de la consulta.
- Habilitar en la agenda un tramo horario específico para la atención de los pacientes “fuera de hora” que deben ser vistos. Especial atención a Lunes y Viernes (días con mayor demanda de pacientes FH.)
- Prescripción desde el hospital de referencia (tanto de CCEE como al alta).
- Implantación de las Unidades de Gestión Familiar en los centros de salud.
- Desarrollo y utilización de las TIC (para comunicación a los pacientes, p.e.: los resultados de pruebas complementarias y respuesta de médicos consultores).



Gerencia Única

Nuestro sistema sanitario está estructurado en dos niveles asistenciales: Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH).

La AP debe resolver el 90% de los procesos, quedando la AH como interconsultora de AP o para resolver aquellos procesos que por su complejidad diagnóstica sobrepasan la capacidad de AP.

En la actualidad la situación de la AP y AH se agravan al ser los intereses, objetivos y prioridades de los equipos directivos de ambos niveles asistenciales distintos.

Si se pretende que la Gerencia Única sirva para mejorar la coordinación entre los dos niveles, se deben dar las premisas siguientes:

- Implicación de toda la organización.
- Orientación al usuario.
- Organigrama único
- Presupuesto único
- Cartera de servicios única
- Contrato de gestión de área
- Ubicación única de la estructura administrativa
- Reforzar la orientación hacia la promoción y la prevención.

Las características que ofrecen mayor potencial para el desarrollo de esta alianza están constituidas por:

- Existencia de una población definida de cuya salud global responden.
- Existencia de un sistema de información integrado.
- El modelo de gobernanza única que establece un único interlocutor y que también favorece las alianzas



Otros Servicios

La resolutiveidad de la Atención Primaria podría mejorarse de manera muy significativa si pudiera disponer de medios y de tiempo, para llevar a cabo de forma generalizada tareas en Ecografía, Cirugía Menor, Infiltraciones, Citologías, Espirometrías, Retinografías...

Atención a las Urgencias y Emergencias

Atención a Pacientes sin Cita

Resulta imprescindible estudiar a fondo los motivos que determinan que un número significativo de pacientes acudan a consulta sin cita, para poder establecer la mejor organización que permita su adecuada atención, sin que ésta produzca una considerable distorsión en el funcionamiento de los servicios.

Citas Telefónicas y Otras Formas de Seguimiento

Además del centro de soporte 24x7 de Edicom y El proyecto UBICUA de la SEMES, (que desarrolla una estrategia integral de gestión del conocimiento y se articula mediante la creación de diferentes espacios y ecosistemas virtuales, que fomenten el aprendizaje, la conexión, la participación y la colaboración de los profesionales del ámbito de urgencias y emergencias) las cuales añaden nuevas prestaciones al servicio de Atención al Usuario, mediante la disponibilidad de un equipo de técnicos que las 24 horas del día monitorizan y analizan el rendimiento de las soluciones puestas en servicio, se deben poner en marchas otras formas de seguimiento via internet con correos electrónicos, redes sociales etc.

Sistema Informático

Mejorar los sistemas informáticos para reducir la burocracia y facilitar las actividades de mejora de calidad asistencial, docencia e investigación.

Los actuales no dejan de ser un caos día si y día también y esto se añade a la presión

Sistema De Información. Hª De Salud Única

Impulsar la Historia Clínica Electrónica "Única", con información compartida entre los diferentes niveles asistenciales, garantizando la compatibilidad de los sistemas entre territorios y asegurando la confidencialidad de la información y el secreto profesional.

Todo lo cual, dificulta y de hecho impide la propia labor clínica y asistencial. Consideramos que se trata de un grave problema social, pues la degradación del acto médico conlleva inexorablemente la desvalorización de la salud, de la vida y por ende, de la propia dignidad humana.